

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gabriel ABD EL NOUR

Né le 21 octobre 1899 à Bazeilles (Ardennes)

Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris

Moniteur d'Obstétrique de la Faculté à la Maternité Baudelocque

ÉTUDE SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE PRONOSTIC

DE LA

MORT APPARENTE

DU

NOUVEAU-NÉ

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

176

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gabriel ABD EL NOUR

Né le 21 octobre 1899 à Bazeilles (Ardennes)

Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris

Moniteur d'Obstétrique de la Faculté à la Maternité Baudelocque

ÉTUDE SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE PRONOSTIC

DE LA

MORT APPARENTE

DU

NOUVEAU-NÉ

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique généra les	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLEIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIERRE . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTNEL . . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAI. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . Pathologie chirurgicale.
 MERCIER (Fernand) . . Pharmacologie.
 METZGER . . Obstétrique.
 MONDOR . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PHILIBERT . Bactériologie
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REFTERER . . Histologie.
 ZIMMERN . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . .		MOCQUOT . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .		PROUST . .	
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	
LE LORIER .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par delibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE :

MON GRAND'ONCLE :

Le Docteur J. ABD EL NOUR

MON NEVEU :

ANDRÉ DAVID

MES AMIS :

PIERRE JUGE

Licencié en Droit

GEORGES RECOURA

Membre de l'Ecole Française de Rome

MAURICE DE LARIVIÈRE

Architecte D. P. L. G.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma respectueuse affection.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Professeur COUVELAIRE, 1922-1924-1928-1929

Stage

1919. — Professeur agrégé MAUCLAIRE, Chirurgien de la Pitié.
— Professeur LEREBoullet, Médecin à Laënnec.

Externat

- Professeur agrégé THIÉRY, Chirurgien à la Pitié.
1920. — Professeur agrégé VILLARET, Médecin à Laënnec.
1921. — Docteur CHIFOLIAU, Chirurgien à la Maison Dubois.
1922. — Docteur DALCHÉ, Médecin à l'Hôtel-Dieu.
1923. — Professeur MARFAN, Médecin aux Enfants-Assistés.
1924. — Docteur LORTAT-JACOB, Médecin à Saint-Louis.
1925. — Professeur agrégé AUBERTIN, Médecin à St Louis.
Docteur MOUCHET, Chirurgien à St-Louis.

Internat Pr.

1926. — Docteur PRUVOST, Médecin à Lariboisière.

Au Docteur LACOMME
Ancien Chef de Clinique à la Faculté

*Qui s'est montré un conseiller précieux
pour ce travail et un ami dévoué en de
tristes circonstances.*

A MES MAITRES ET AMIS
DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

Professeur agrégé PORTES, Accoucheur des Hôpitaux.

Docteur JEAN RAVINA, Accoucheur des Hôpitaux.

Docteur JEAN SÉGUY, Chef de Clinique.

Docteur ELISABETH BACH, Chef de Clinique.

MAURICE ARMAND et THÉO LAENNEC, Internes des
Hôpitaux.

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE
(1924)

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE PUÉRICULTURE
(1928)

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

Chirurgie : Docteurs PATURET et PELTIER.

Médecine : Docteurs ANDRÉ RAVINA et BIDERMANN.

A MON AMI, le Docteur BOULARD

*Qui initia à la pratique de la médecine du
bled africain le médecin auxiliaire du
1^{er} Spahis.*

Affectueuse gratitude.

INTRODUCTION

La mort apparente du nouveau-né est un syndrome qui a été beaucoup étudié, et sous diverses modalités. C'est un sujet qui présente un intérêt capital à une époque où l'étude de la mort-natalité est au premier plan de l'actualité, mais qui peut être envisagé sous les angles les plus divers.

Aussi dans ce sujet très vaste, avons-nous volontairement limité nos recherches, et avons-nous étudié des points particuliers qui nous ont paru présenter le plus d'intérêt, à savoir :

L'Étiologie et le Pronostic

L'*étiologie*, parce que la connaissance plus exacte des conditions dans lesquelles apparaît en général le syndrome peut permettre dans certains cas d'éviter qu'il ne se produise.

Le *pronostic*, parce que l'on a intérêt à savoir si telle cause est plus dangereuse que telle autre, et si un enfant né en état de mort apparente à la suite de tel inci-

dent du travail a plus de chances de survivre qu'un autre né dans des conditions différentes.

Ces 2 points (étiologie et pronostic) sont donc intimement unis l'un à l'autre, et nous les étudierons, non pas séparément mais en fonction l'un de l'autre.

Nous avons estimé qu'il fallait, pour avoir une idée aussi exacte que possible de ces deux points, nous baser, non sur des publications antérieures (qui souvent ont étudié la question d'un autre point de vue ou d'une façon un peu théorique) mais sur des faits, et sur des faits suffisamment nombreux et suffisamment comparables les uns aux autres.

C'est pourquoi toutes nos recherches et toutes nos déductions seront faites en partant d'observations cliniques, et d'observations cliniques recueillies *en série continue* dans un même service.

Nous avons donc étudié tous les cas de mort apparente rencontrés à la Clinique Baudelocque de 1920 à 1927, et c'est sur cette statistique de 7 années que nous avons basé notre travail.

Nous avons envisagé comme nés en état de mort apparente tous les enfants qui, n'ayant pas crié dès la naissance, *ont dû recevoir des soins particuliers* avant d'être ranimés ou de mourir. Nous avons ainsi éliminé les enfants nés simplement « étonnés » et criant *spontanément* dans un délai très court. Ces enfants que nous avons retenus ont reçu des soins réglés suivant une technique analogue pour tous :

- 1° Désobstruction des voies aériennes ;
- 2° Frictions alcoolisées ;

3° Bains sinapisés chauds alternés avec des bains froids.

Enfin, plus exceptionnellement : insufflation pulmonaire, injection intra-cardiaque d'adrénaline.

Bien entendu, *tous* les enfants n'ont pas eu besoin de subir toute la série de ces traitements, et plusieurs d'entre eux ont été ranimés après simple désobstruction des voies aériennes suivie de frictions alcoolisées.

Pour chacun de ces chapitres, nous envisagerons tout d'abord les conditions dans lesquelles l'accouchement s'est fait, et quels sont les incidents qui semblent avoir eu une influence directe ou indirecte sur la naissance de l'enfant en état de mort apparente.

Nous considérerons ensuite quel a été le résultat final pour l'enfant dans chacun des cas et là nous faisons 3 catégories :

1° Enfants ranimés et vivants à la sortie de la Clinique ;

2° Enfants ranimés qui meurent dans les premières heures ou les premiers jours ;

3° Enfants qu'on n'a pu ranimer à leur naissance malgré des soins souvent prolongés.

Ces 2 derniers groupes nous donneront la mortalité réelle finale pour chaque cas, qui nous permettra de nous faire une idée sur le pronostic vital qu'il comporte.

Dans chaque chapitre enfin, nous avons séparé nettement les cas où une intervention avait été pratiquée pour extraire l'enfant de ceux où l'expulsion s'était faite spontanément, ceci pour essayer de dégager quelle

part revenait dans la genèse du syndrome que nous étudions au traumatisme et à la souffrance fœtale. Ce qui ne veut pas dire que nous considérions qu'ont été seuls en cause : dans les premiers cas, le traumatisme ; dans les seconds : la souffrance fœtale, car ces 2 facteurs sont le plus souvent associés et il serait chimérique d'essayer de les dissocier.

L'étude attentive de nos observations nous a permis de mettre en valeur un fait essentiel qui semble dominer cette question d'étiologie et de pronostic : la fréquence et la gravité de la mort apparente du nouveau-né expulsé ou extrait *tête dernière* ; c'est, en effet, dans les présentations du siège et au cours des versions que, toutes proportions gardées, on rencontre le plus souvent ce syndrome et qu'il est le plus dangereux pour l'avenir du fœtus.

Disons tout de suite, en effet, que le $\frac{1}{4}$ de nos cas rentre dans cette catégorie, alors que, dans une série d'accouchements pris en bloc la proportion moyenne est de $\frac{1}{20}$, 5 fois moindre ; que d'autre part la mortalité finale est ici de 46,5 % de nos cas alors qu'elle n'est que de 36 % dans les accouchements têtes premières.

C'est donc autour de ce point que nous ferons graviter notre étude.

Dans une première partie, nous ferons une *étude analytique d'ensemble* de nos différents cas, en opposant les accouchements par la tête aux accouchements par le siège.

Dans une seconde partie, nous ferons une *étude*

complémentaire en considérant spécialement les affections maternelles et les tares des fœtus dans leurs rapports avec la mort apparente.

Dans une troisième partie, nous ferons une revue d'ensemble de la *mortalité* après mort apparente.

Dans une dernière partie enfin, nous essaierons de condenser en une *étude synthétique* les idées qui se dégagent des chapitres précédents.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE ANALYTIQUE D'ENSEMBLE

Pendant les 7 années consécutives de 1920 à 1927, sur un ensemble de :

14.033 accouchements ayant donné naissance à 14.272 enfants, on a constaté à la Clinique Baudelocque un total de :

493 nouveau-nés en état de mort apparente (soit environ 3,5 %).

Parmi eux :

118, soit 23,5 % n'ont pu être ranimés et

375, soit 76,5 % ont été ranimés ; mais parmi ceux-ci 66 sont morts secondairement ce qui donne finalement une mortalité réelle de 39 %.

*
* *

Pour les raisons indiquées plus haut, nous envisagerons successivement :

I. — Un premier groupe d'observations qui comprendra les cas où la mort apparente est survenue chez un enfant expulsé ou extrait *tête première*.

II. — Un second groupe de faits qui comprendra les cas où ce syndrome est apparu chez un enfant expulsé ou extrait *tête dernière*.

III. — Un troisième groupe où nous avons classé *les jumeaux* nés en état de mort apparente.

IV. — Enfin un quatrième groupe réservé aux enfants extraits par *opération césarienne*, et qui ont présenté à la naissance un état particulier qui a nécessité les soins habituels et qu'on peut rapprocher de la mort apparente.

PREMIER GROUPE

ENFANTS EXPULSÉS OU EXTRAITS

TÊTE PREMIÈRE

(Jumeaux exclus)

Sur 493 cas, 331 rentrent dans ce groupe, soit 67 % environ.

Nous notons immédiatement que cette proportion est faible, comparée à la proportion normale de présentations *céphaliques* par rapport aux présentations *pelviennes* ou *transversales*, qui est en moyenne de 95 %.

Sur ces 331 présentations céphaliques, nous avons :

- 211 enfants ranimés et sortis vivants ;
- 50 » ranimés et morts secondairement ;
- 70 » non ranimés.

La mortalité est donc de : 120 enfants sur 331, soit 36 % environ.

Parmi ces présentations *céphaliques* nous trouvons :

a) 321 présentations du sommet dont :

203 ranimés sortis vivants ;
50 ranimés morts ultérieurement ;
68 non ranimés.

b) 4 présentations de la face (2 terminées par forceps, et 2 spontanées) dont :

3 ranimés sortis vivants ;
0 ranimé mort ;
1 non ranimé.

c) 6 présentations du front : (toutes extraites par forceps) dont :

5 ranimés vivants ;
0 ranimés morts ;
1 non ranimé.

Il semble donc qu'il y ait une plus grande fréquence de la mort apparente chez les enfants expulsés ou extraits tête première en présentation de la face ou du front.

✱ ✱

La recherche des différents facteurs qui avaient pu déterminer dans chacun des cas le syndrome de mort apparente nous a amené à distinguer 2 chapitres :

1° Accouchements ayant nécessité une extraction artificielle qui est ici l'application de forceps : 196 cas.

2° Accouchements s'étant terminés spontanément :

Par la face : 2 cas ;
Par le sommet : 133 cas.

Parmi ces derniers nous avons fait 2 catégories suivant que le travail avait été troublé ou non dans son évolution mécanique.

Catégorie A : Accouchements à évolution *mécanique* plus ou moins troublée : 77 cas.

Catégorie B : Accouchements à évolution normale : 56 cas.

CHAPITRE PREMIER

ACCOUCHEMENTS AVEC INTERVENTION

Application de forceps

(196 observations)

A. — Généralités.

Fréquence : Un fait doit frapper d'emblée avant d'entrer plus avant dans l'étude détaillée de ce chapitre : le chiffre considérable que représente cette intervention dans notre statistique.

La moyenne des applications de forceps à la Clinique Baudelocque pendant les années 1920 à 1927 a été de 6,3 % de l'ensemble des accouchements ; ici, par contre, dans notre série de 493 morts apparentes, cette intervention se rencontre dans tout près de 40 % des cas.

Et si nous voulons savoir maintenant dans quelle proportion la mort apparente se rencontre au cours d'une série continue d'applications de forceps, nous

devons placer nos 196 observations dans le cadre des 925 applications de forceps pratiquées à la Clinique de 1920 à 1627, ce qui nous donne une moyenne de 21 % environ.

Parité : Nos 196 observations concernent :

153 primipares dont 63 âgées de plus de 30 ans ;

43 multipares.

Nous voyons d'emblée qu'il existe là une très forte proportion de primipares et en particulier de primipares âgées et ce fait est encore plus frappant si l'on n'envisage que les accouchements ayant donné naissance à des enfants non ranimés, dont plus des $3/4$ ($43/53$) concernaient des primipares.

Plan d'étude : Nous nous proposons d'étudier nos différents cas en fonction des facteurs qui nous ont paru jouer un rôle dans la genèse de la mort apparente.

Nous avons songé, au premier abord, à grouper ensemble les cas où l'application de forceps avait été faite en bassin légèrement rétréci (mais bien entendu sur tête ayant franchi le détroit supérieur) car nous estimions qu'il devait y avoir là une cause prédisposante capitale à la naissance de l'enfant en état de mort apparente. Nous avons trouvé en effet 46 observations où l'intervention s'était faite dans un bassin peu spacieux, et c'était là une forte proportion (de $1/4$) bien supérieure à la proportion moyenne, qui est de $1/10$ environ.

Mais l'étude de ces observations, comparées à celles où l'intervention avait eu lieu en bassin normal, nous a montré que cette distinction n'était pas justifiée, car,

si l'intervention en bassin rétréci était fréquente dans notre série, par contre elle ne semblait pas avoir un pronostic vital particulièrement sombre :

Dans l'un et l'autre cas, en effet, la mortalité finale était de l'ordre de 30 % environ.

Notons en passant qu'il ne faut pas en conclure que le forceps en bassin étroit est une intervention bénigne; nous n'envisageons ici que ceux qui ont permis l'extraction d'un enfant en état de mort apparente, sans tenir compte par conséquent de ceux qui ont pu se terminer par la naissance d'un fœtus mort au cours de l'intervention.

De même, lorsque nous avons étudié le moment de la rupture des membranes, nous avons été frappé de la très grande fréquence de la rupture précoce ou prématurée de celles-ci : cet incident s'est produit 136 fois sur nos 196 cas. Nous avons alors pensé devoir étudier nos cas en fonction de ce facteur. Mais là aussi, fréquence ne signifie pas gravité, et si la rupture précoce des membranes nous est apparue dans 70 % des cas, par contre elle n'a entraîné la mort que dans 39 %. Il nous est alors apparu qu'en réalité ce qui importait dans un cas comme dans l'autre, ce n'était pas tant la sténose pelvienne d'une part, ou la rupture des membranes d'autre part, que la prolongation anormale du travail qui pouvait s'en suivre.

Et en effet, la lenteur du travail avant l'intervention nous a bien paru être en définitive un facteur à la fois fréquent (puisque nous en avons 87 cas sur 196, soit 44 %) et grave (car il entraîne finalement la mort de près

de la moitié des enfants qu'il avait fait naître en état de mort apparente). C'est donc autour de ce facteur que gravitera notre étude. Nous envisagerons successivement :

1° Les applications de forceps après travail de plus de 24 heures ;

2° Les applications de forceps après travail de durée normale ;

nous réservant d'étudier pour chaque cas la part qui revenait au rétrécissement pelvien ou à la rupture prématurée des membranes.

B. — 1^{re} Série. Applications de forceps après travail prolongé (87 observations)

Nous envisagerons successivement :

— les 25 cas où il y avait rétrécissement pelvien ;

— les 62 cas où le bassin était normal.

On voit dès maintenant que les cas avec bassin touche sont moins nombreux que les seconds, mais cependant si nous comparons ce chiffre de 25 avec le chiffre de 46 (total des interventions en bassin rétréci) nous voyons que, dans la majorité de ceux-ci le travail avait dépassé 24 heures.

1° CAS AVEC BASSIN RÉTRÉCI : (25 observations).

Presque toujours il s'agissait d'un bassin rachitique légèrement rétréci avec un diamètre promonto-sous-pubien aux environs de 10 cent., 2 à 10 c. 5. L'intervention par voie haute avait été écartée soit d'emblée, soit à la suite d'une épreuve du travail estimée satis-

faisante; et l'application de forceps avait été faite sur une tête engagée :

Rupture des membranes : En ce qui concerne le moment de la rupture des membranes, l'analyse de nos observations nous a donné autant de cas de ruptures tempestives que de ruptures prématurées (13 contre 12).

Indications : Contrairement à ce que l'on rencontre habituellement, l'indication de l'intervention fut plus souvent la non-progression de la tête (14 fois) que la souffrance fœtale (11 fois).

Situation de la tête : Si nous recherchons quelle était la situation de la tête au moment de l'application de forceps, nous trouvons :

1 présentation de la face ;

24 présentations du sommet, dont :

9 applications en G. T.

6 » D. T.

1 » G. A.

2 » O. P.

1 » O. S.

1 » G. P.

2 applications dans l'excavation (Positions inconnues).

2 applications après symphyséotomie.

Deux faits sont à retenir de la lecture de ces chiffres.

1° La forte proportion que représente 1 face sur 25 accouchements.

2° La grande fréquence des applications sur tête n'ayant pas effectué sa rotation (en transverse dans

près des $\frac{2}{3}$ de nos cas au lieu de $\frac{1}{3}$, moyenne habituelle).

Poids des enfants :

- 1 pesait moins de 2500 gr.
- 10 pesaient entre 2500 et 3250 gr.
- 10 pesaient entre 3250 et 4000 gr.
- 4 pesaient plus de 4000 gr.

Nous constatons donc un léger excès du chiffre des gros enfants :

- 14 au-dessus de 3250 gr.
- 11 au-dessous de 3250 gr.

Résultats : Ces 25 accouchements nous ont donné :

- 13 enfants vivants ;
- 3 enfants ranimés et morts ultérieurement ;
- 9 enfants non ranimés.

Donc : *mortalité finale* : 12 sur 25, soit près de la moitié : c'est là une forte proportion.

Parmi les 3 enfants ranimés et morts il faut noter que :

l'un d'eux avait été extrait difficilement en G. T. ;
les deux autres avaient été extraits après rupture prématurée des membranes, et l'un d'eux après 68 h. 30 de travail, et en prise oblique.

Parmi les non ranimés, se classent les présentations de la face.

Enfin parmi les enfants vivants, nous mentionnerons :

1 enfant ayant présenté des vomissements avec perte de poids, après application de forceps avec incision du col à la 43^e heure du travail.

2 enfants ayant eu des *convulsions* passagères les premiers jours, dont voici les observations résumées ;

Obs. 87 de 1920 : Enfant de 3580 gr. Bassin rétréci.

Forceps en G. T. pour arrêt de progression de la tête après 54 h. 30 de dilatation et 2 h. 3/4 d'efforts expulsifs. Mort apparente. Facile à ranimer. Paralysie faciale. *Convulsions les 3 premiers jours*; sort en bon état.

Obs. 1226 de 1923 : Enfant de 2400 gr. Difficilement ranimé (3/4 h.). Double prise de forceps (D. P. et O. P.), après incisions du col pour œdème après 40 heures de travail. Convulsions et raideur des membres supérieurs le lendemain. Bon état à la sortie.

2° CAS AVEC BASSIN NORMAL ; (62 observations).

Rupture des membranes : La sténose pelvienne ne peut être mise en cause ici pour expliquer la lenteur du travail. Par contre, nous avons remarqué que contrairement à ce qui ressortait dans le chapitre précédent, la rupture des membranes pouvait être incriminée plus souvent : elle fut précoce ou prématurée, en effet, dans les 2/3 des cas (40 contre 22).

Indications : Si nous envisageons les différentes indications de ces applications de forceps nous obtenons :

33 cas de souffrance fœtale contre 29 cas de non-progression de la tête ; c'est là une proportion sensiblement normale.

Position de la tête : En ce qui concerne l'attitude de la tête au moment de l'intervention nous avons :

2 présentations du front.

59 présentations du sommet dont :

30 applications en transverse ;

11 applications en antérieure ;

13 applications en directe : dont (6 O. S. ; 7 O. P.),

5 applications en postérieure : dont (2 G. P. ; 3 O. P.).

Deux faits sont à retenir de la lecture de ces chiffres :

1° La forte proportion que représentent les deux fronts sur 62 accouchements ;

2° La grande fréquence relative des applications sur tête n'ayant pas effectué sa rotation (en transverse dans près de la moitié des cas) des occipito-sacrées, et des gauches postérieures.

Poids des enfants :

7 pesaient moins de 2.500 gr.

25 pesaient entre 2.500 et 3.250 gr.

24 pesaient entre 3.250 et 4.000 gr.

6 pesaient plus de 4.000 gr.

C'est là une proportion sensiblement normale.

Résultats : Sur ces 62 accouchements nous avons :

33 enfants ranimés sortis vivants ;

6 enfants ranimés, morts secondairement ;

23 enfants non ranimés.

Ce qui nous donne 29 morts sur 62 (près de la moitié) proportion importante, sensiblement la même que celle des cas où l'application de forceps après travail lent s'était faite en bassin rétréci ; il faut même remarquer qu'en l'absence de lésion pelvienne, la lenteur du travail paraît être plus grave d'emblée ; les enfants non ranimés y tiennent en effet une place plus importante que dans le 1^{er} groupe.

Nous n'avons rien à signaler de spécial en ce qui concerne les non ranimés, et nous n'avons aucun renseignement sur les symptômes qu'ont pu présenter avant leur mort les ranimés qui ont succombé.

Conclusion : De l'étude de ces 87 observations nous pouvons dégager une 1^{re} conclusion. Dans les cas où l'application de forceps est faite après un travail anormalement prolongé, elle entraîne la naissance du fœtus en état de mort apparente parce qu'elle est souvent difficile (fréquence des applications sur tête n'ayant pas effectué sa rotation), et elle donne une mortalité finale de 50 % environ, *qu'il y ait ou non lésion du bassin maternel*.

C — 2^e série : **Applications de forceps après travail de durée normale** (109 observations).

Parmi ces cas où le travail avait eu une durée sensiblement normale, nous avons recherché quelles causes prédisposantes avaient pu entrer en jeu en dehors de l'intervention.

Nous n'avons trouvé le rétrécissement du bassin que dans 1/5 des cas (21 obs.).

Dans les 88 autres cas (où le bassin était normal) nous n'avons alors trouvé qu'une anomalie, mais une anomalie que nous avons rencontrée dans l'immense majorité des cas : la rupture précoce ou prématurée des membranes. Celle-ci, en effet, s'est produite dans 80 de nos observations sur 88.

Nous envisagerons successivement :

1° Les cas avec bassin touché ;

2° Les cas avec bassin normal.

1° CAS AVEC BASSIN RÉTRÉCI (21 observations)

Rupture des membranes : Un premier fait nous a frappé dans l'étude de ces cas ; la rareté de la rupture précoce des membranes qu'on ne rencontre que 4 fois, contre 17 ruptures tempestives.

Indications : Un second fait c'est que, dans la majorité des cas, les indications de l'application de forceps avaient été la non progression de la tête fœtale, et non la souffrance fœtale, ce qui est l'inverse de la proportion normale.

13 cas de non progression ;

8 cas de souffrance fœtale.

Cette dernière ne semble donc avoir joué ici qu'un rôle accessoire.

Position de la tête : Quant à la position de la tête au moment de l'extraction, elle était également plus fréquemment transverse ou anormale, comme dans les cas de bassin avec travail prolongé, car ceci découle surtout de l'existence de la sténose pelvienne.

Nous avons :

1 présentation de la face ;

20 présentations du sommet, dont :

11 transverses (7 G. T. ; 4 D. T.).

1 postérieure (D. P.).

2 antérieures (en G. A.).

2 directes (1 O. P. ; 1 en O. S.).

2 dans l'excavation (positions inconnues).

2 après symphyséotomie.

Poids des enfants : Mêmes proportions.

10 au-dessous de 3.250 gr.

12 au-dessus de 3.250 gr.

Résultats : Ces 21 accouchements nous ont donné :

14 enfants vivants :

3 enfants ranimés et morts secondairements ;

4 enfants non ranimés.

Mortalité finale : 7 sur 21, soit le 1/3.

C'est là une proportion sensiblement inférieure à celle que nous avons trouvée pour nos applications de forceps en bassin rétréci après travail lent.

Or il faut également nous rappeler que, dans cette première série nous avons assez fréquemment des membranes rompues prématurément alors qu'ici on l'a vu, la rupture avait été en général tempestive.

Il est donc permis de conclure : le danger d'une application de forceps nous apparaît comme étant lié beaucoup moins au fait qu'on la pratique dans un bassin un peu étroit, qu'au fait qu'elle est pratiquée après une longue période de travail avec membranes rompues.

2° CAS AVEC BASSIN NORMAL (88 observations).

Rupture des membranes : Dans 8 cas seulement, elle se produisit à la dilatation complète.

Dans 80 cas, elle fut précoce ou prématurée ; c'est dire l'importance que nous paraît prendre cet incident comme cause prédisposante de la mort apparente, en dehors de tout autre phénomène anormal.

Indications : Il s'agissait :

- 8 fois de fatigue de la mère ;
- 56 fois de souffrance fœtale ;
- 25 fois de non progression de la tête.

Nous notons l'importance primordiale de la souffrance fœtale, qui concerne les $\frac{2}{3}$ des cas, et qui explique en grande partie la naissance en état de mort apparente, que ne peuvent conditionner ni le bassin, qui est normal, ni la longueur du travail qui n'est pas excessive.

Position de la tête : Les applications de forceps furent faites :

- 4 fois sur le front ;
- 84 fois sur le sommet ;
- 39 fois en transverse ;
- 19 fois en antérieure ;
- 20 fois en directe ;
- 6 fois en postérieure.

Nous constatons donc que, si les 4 présentations du front représentent une grosse proportion, par contre, pour les sommets l'équilibre est ici à peu près normal entre les positions transverses et les antérieures ou directes.

Poids des enfants :

- 3 moins de 2500 gr. ;
- 37 entre 2500 et 3250 gr. ;
- 38 entre 3.250 et 4000 gr. ;
- 8 plus de 4000 gr.

C'est là une proportion sensiblement normale.

Résultats : Sur ces 88 accouchements, nous avons :

62 enfants ranimés, sortis vivants ;

9 enfants ranimés et morts ;

17 enfants non ranimés.

Ce qui nous donne une mortalité de 26 sur 88, soit environ 30 % sensiblement inférieure à celle du groupe avec travail prolongé.

a) Les enfants qu'on n'a pas pu ranimer étaient nés en général à la suite d'extractions difficiles, puisque, sur nos 17 cas, nous n'en n'avons que 2 sans incident.

Pour les 15 autres nous avons :

9 interventions au cours desquelles on dut faire des prises multiples ;

6 applications ayant présenté des difficultés techniques importantes.

b) Parmi les 9 enfants ranimés et morts secondairement 3 avaient présenté des signes de souffrances fœtale au cours du travail :

2 d'entre eux à cause d'une procidence du cordon ;

1 autre du fait d'un double circulaire : on découvrit à l'autopsie une hémorragie méningée ;

6 avaient été extraits facilement à la suite d'un travail sans incident mais :

2 étaient des prématurés, dont 1 syphilitique et 1 malformé (maladie de Klippel-Feil).

1 avait demandé 30 minutes de soins pour être ranimé, il mourut à 5 jours de broncho-pneumonie avec hémorragie méningée probable.

3 seulement étaient normaux et avaient été rapidement ranimés.

CONCLUSION : De l'étude de ces 109 observations, il résulte que : dans les cas où l'application de forceps avait été faite après un travail de durée normale :

a) S'il y avait sténose pelvienne, le traumatisme résultant de l'intervention semblait être à l'origine de la naissance du fœtus, en état de mort apparente (car la rupture des membranes était en général tempestive et l'indication d'intervenir était l'arrêt de progression de la tête et non la souffrance fœtale.

b) S'il y avait bassin normal, la souffrance fœtale semblait plutôt avoir joué parce qu'elle était l'indication d'intervenir dans les 2/3 des cas, et que la rupture des membranes avait été presque toujours précoce.

D. — Conclusions d'ensemble

Si nous envisageons maintenant l'ensemble des cas où l'accouchement avait eu lieu à la suite d'une application de forceps, nous pouvons conclure :

1° La mort apparente est fréquente à la suite des applications de forceps, puisqu'on rencontre cette intervention 6 fois plus souvent dans une série d'accouchements avec mort apparente que dans une série normale et que 21 % *des enfants extraits par forceps naissent en état de mort apparente* ;

2° Elle est surtout fréquente chez les enfants nés de *primipares* (77 %) ;

3° La mort apparente du nouveau-né est engendrée plutôt par les applications de forceps pratiquées *après un travail anormalement prolongé*, et c'est dans ces

circonstances qu'elle a également le pronostic le plus sombre, car près de la moitié des enfants extraits dans ces conditions mourront à la naissance ou dans les 1^{er} jours alors que moins d'1/3 mourra après les interventions avec travail normal. Ceci nous amène à penser que, dans la genèse du syndrome, un rôle préparatoire important est réservé à la souffrance fœtale (manifestée ou non) à laquelle se surajoute dans certaines circonstances un élément traumatique.

4° La mortalité finale est de 37,7 % (74 enfants sur 196).

CHAPITRE II

ACCOUCHEMENTS SANS INTERVENTION

135 observations

PRESENTATIONS DE LA FACE : Parmi ces accouchements spontanés tête première, nous avons à signaler tout de suite 2 présentations de la face, qui furent rencontrées chez des primipares, et se terminèrent normalement par l'expulsion d'enfants facilement ranimés et d'ailleurs de faible poids (2.330 et 2.360 gr.).

PRESENTATIONS DU SOMMET : Tous les autres cas concernent des présentations du sommet (133 observations : 84 primipares et 49 multipares. Nous les diviserons, comme nous l'avons vu antérieurement, en 2 catégories.

Catégorie A : 77 observations dans lesquelles l'évolution mécanique de l'accouchement a été plus ou moins troublée.

Catégorie B : 56 observations dans lesquelles cette évolution mécanique avait été normale.

I. — Catégorie A

77 observations (51 primipares, 26 multipares).

Notons tout de suite que le rôle de la primiparité nous apparaît ici moins important que pour les forceps, attendu qu'on ne les rencontre que dans $2/3$ des cas au lieu des $3/4$.

Plan d'étude : Comme il s'agissait donc ici d'accouchements dans lesquels la mort apparente ne pouvait être attribuée, ni à une présentation anormale du fœtus, ni à une intervention traumatisante, nous avons recherché quelles autres influences avaient bien pu jouer pour créer le syndrome que nous étudions.

Au premier abord, nous avons pensé, comme pour les applications de forceps, que l'existence d'un rétrécissement du bassin était un facteur important et grave ; mais l'étude plus poussée de nos observations nous a bientôt montré qu'il n'en était rien.

Sur nos 77 cas, en effet, 17 fois seulement la sténose pelvienne put être tenue pour responsable de l'état de mort apparente, et encore dans certains d'entre eux d'autres facteurs avaient pu entrer en ligne.

Aussi, avons-nous cherché ailleurs, et ici aussi c'est du côté de la souffrance fœtale au cours du travail que nous nous sommes orienté. Nous avons ainsi pu constater que de même qu'elle avait semblé jouer un rôle prédisposant dans les cas où on était intervenu, de même, ici, elle paraissait avoir un rôle de premier plan.

Cette souffrance fœtale s'est manifestée sous deux aspects que nous envisagerons successivement :

A) La souffrance brusque, qui fut déclenchée par une procidence du cordon ou une hémorragie du travail ;

B) La souffrance lente, qui fut consécutive soit à la rupture prématurée des membranes, soit à la longueur excessive du travail, soit enfin à l'existence d'une sténose pelvienne.

A) **Souffrance brusque** : Nous n'en avons réuni que 6 observations, et cette proportion minime s'explique fort bien pour 2 raisons :

1° La première c'est que cet incident a obligé le plus souvent à une intervention immédiate (ce qui nous a déterminé à classer ces faits sous une autre rubrique) ;

2° La seconde c'est que la souffrance brutale du fœtus en amène beaucoup plus souvent la mort rapide avant l'expulsion, que la naissance en état de mort apparente.

Nos 6 observations concernent :

1° 3 procidences du cordon avec 3 enfants non ranimés ;

2° 3 hémorragies du travail suivies d'expulsion rapide de gros enfants, facilement ranimés et sortis vivants.

B) **Souffrance lente** : Ici, par contre, se groupent un beaucoup plus grand nombre de cas : 71 observations que nous avons été amené à répartir en 3 séries :

1° Les cas où la rupture des membranes s'était faite avant la dilatation complète ;

2° Les cas où, les membranes restant intactes, le travail s'était anormalement prolongé ;

3° Les cas où, les incidents précédents ne s'étant pas produits, une seule anomalie a été constatée : la sténose pelvienne.

Cette division nous a paru justifiée par ces deux faits que la rupture précoce des membranes se rencontrait dans la majorité des cas et qu'elle entraînait la plus forte mortalité.

1° CAS AVEC RUPTURE PRÉCOCE OU PRÉMATURÉE DES MEMBRANES (46 observations).

C'est là le chapitre le plus important : Il concerne :

31 primipares ;

16 multipares ;

(2 fois plus de primipares).

Nous envisagerons successivement :

1° Les cas où un autre incident se surajoutait à la perte prématurée des eaux, qui en pouvait d'ailleurs être la cause (rétrécissement pelvien) ou la conséquence (lenteur du travail).

2° Les cas où la rupture des membranes était la seule anomalie.

1° *Cas complexes* (19 observations) :

a) Dans 4 observations seulement la rupture des membranes accompagnait une sténose pelvienne sans autres phénomènes anormaux :

3 enfants furent ranimés et sortirent vivants ;

1 enfant ranimé mourut.

b) Dans 4 autres observations, les conditions étaient les mêmes, mais le travail se prolongea au-delà de 24 heures :

3 enfants ranimés sortirent vivants ;

1 ne put être ranimé.

c) Dans les 11 autres observations enfin, il y avait un bassin normal, et la rupture des membranes s'accompagna seulement d'un travail lent :

7 enfants furent ranimés et sortirent vivants ;

3 enfants ranimés, moururent les premiers jours :

1 prématuré ;

1 de broncho-pneumonie ;

1 d'érysipèle ;

1 enfant ne put être ranimé (suspect de syphilis).

En résumé, nous avons pour l'ensemble de ces cas :

6 enfants morts sur 19 soit $1/3$.

Aucun fait saillant n'est à retenir, sinon la forte proportion de cas où le travail fut prolongé ($3/4$ des cas).

2° *Cas simples* (28 observations).

Dans la majorité des cas de rupture précoce des membranes, cet incident était isolé, ce qui tend à montrer qu'à lui seul il peut avoir une influence sur l'état du fœtus à la naissance.

Ces accouchements ont donné :

19 enfants vivants ;

5 enfants ranimés, morts dans la suite ;

4 enfants non ranimés (Proportion habituelle).

L'étude des enfants morts nous permet de constater un seul fait : tous les non ranimés étaient de gros fœtus pesant au-delà de 3.500 grammes.

3° *Conclusions* : Dans l'ensemble les accouchements spontanés avec rupture prématurée des membranes nous donnent donc, sur 47 observations :

32 enfants ranimés et sortis vivants ;

9 enfants ranimés et morts ultérieurement ;

6 enfants non ranimés.

Mortalité : 15 sur 47, soit 30,5 %.

Nous retiendrons de cette étude que la mortalité après mort apparente est surtout importante, lorsqu'à une rupture précoce ou prématurée des membranes avait fait suite un travail prolongé au-delà de 24 heures.

II. — CAS AVEC TRAVAIL LENT (*Sans ruptures prématurée des membranes*).

17 observations : 13 primipares ; 3 multipares (proportion considérable de primipares).

a) Dans 2 cas seulement, il y avait une sténose pelvienne pouvant expliquer la prolongation du travail au delà de 24 heures. Il s'agissait d'enfants de poids moyen, dont :

L'un fut ranimé et vécut ;

L'autre fut ranimé et mourut au bout de 36 heures (le travail avait duré 82 heures).

b) Dans la grande majorité des cas (15), la lenteur du travail était seule en cause, mais il s'agissait alors le plus souvent de têtes en positions postérieures ; nous

avons en effet, 7 droites postérieures contre 6 gauches antérieures et 2 non connues.

Sur ces 15 enfants, nous avons les résultats suivants :

10 enfants ranimés sortis vivants, pesant aux environs de 3 kilog ;

5 enfants ranimés et morts les premiers jours dont 4 débiles et 1 enfant de 2950 gr. qui fut expulsé 1 h. 15 après la dilatation complète, alors qu'on se préparait à faire une application de forceps pour modification des bruits du cœur.

Nous concluons en notant l'importance de la primiparité et la fréquence de la débilité chez ces enfants, dont plusieurs sont morts après avoir été ranimés.

III. — CAS AVEC RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN ISOLÉ (7 observations).

Toutes les observations où la souffrance fœtale trouvait sa raison d'être dans un incident du travail étant éliminées, il nous reste donc 7 cas seulement où la seule anomalie était une légère sténose pelvienne ; c'est là un chiffre minime :

Nous avons : 5 primipares ;

2 multipares.

Ces accouchements se sont passés sans incident, et ont donné naissance à :

4 enfants vivants ;

3 enfants ranimés et morts secondairement.

1 mort à 12 jours sans signes caractéristiques.

2 morts dans les heures qui ont suivi leur naissance ; ils avaient eu des circulaires serrés.

Cette proportion d'enfants morts paraît très importante, mais c'est là un chiffre trop petit pour en tirer une conclusion.

CONCLUSIONS : a) Dans l'ensemble, la mort apparente du nouveau-né, après les accouchements spontanés par le sommet à évolution mécaniquement troublée, semble donc conditionnée, en dehors de toute intervention, par la souffrance fœtale (rupture prématurée des membranes et lenteur du travail).

b) La mortalité finale est de un peu plus de 1/3 (27 sur 77).

-II. — Catégorie B

56 observations (33 primipares, 23 multipares).

Tous les accouchements que nous avons envisagés dans les chapitres précédents comportaient en eux-mêmes une cause mécanique ayant pu déterminer la naissance du fœtus en état de mort apparente, que cette cause accidentelle ait déclenché une intervention ou qu'elle ait été suffisante à elle seule.

Il nous reste maintenant, sur nos 321 observations d'enfants expulsés ou extraits tête première, 56 cas seulement (soit 17 %) où nous n'avons pu trouver aucune cause mécanique pendant le travail qui puisse expliquer la naissance du fœtus en état de mort apparente : dans

un bassin de dimension suffisante, la durée du travail n'avait pas été excessive, la rupture des membranes s'était faite à la dilatation complète, la période d'expulsion avait été normale. En outre la parité ne semble pas jouer de rôle dans l'ensemble puisque la proportion des primipares est plus faible que dans aucun autre chapitre (33 sur 56).

C'est donc du côté du fœtus lui-même que nous avons cherché, et nous avons fait les constatations suivantes :

1° Dans plus d'1/3 des cas (20 obs.) on a trouvé au moment de l'expulsion un ou plusieurs circulaires serrés autour du cou de l'enfant ;

2° Dans 24 autres observations, on avait affaire à des enfants tarés, soit prématurés (17 cas), soit syphilitiques avérés (7 cas) ;

3° Enfin, dans 12 observations, l'accouchement avait été normal et l'enfant ne présentait aucune tare.

1° CIRCULAIRES DU CORDON : Nos 20 observations concernent plus de multipares que de primipares (12 contre 8) et plus d'enfants petits que de gros (même proportion).

17 enfants, ramifiés, sont sortis vivants, l'un d'eux présente au 4^e jour une raideur généralisée qui disparut rapidement ;

3 enfants ne purent être ranimés.

2° PRÉMATURÉS : Ceux-ci, comme il était à prévoir, comportent une grosse mortalité,

Sur nos 17 cas :

5 enfants, ranimés, sortirent vivants ;

8 enfants, ranimés, moururent dans les 8 premiers jours ;

4 enfants ne furent pas ranimés.

Soit : 12 morts.

3° SYPHILITIQUES AVÉRÉS : Il s'agissait dans tous les cas d'accouchements rapides, sans signes de souffrance fœtale ayant pu faire prévoir la mort apparente à l'expulsion.

6 enfants, ranimés, sortirent vivants ;

1 enfant, ranimé, mourut 2 heures après.

4° CAUSE MAL DÉFINIE : Nous avons essayé de réduire au minimum cette série d'observations, et l'étude approfondie de ces 12 cas nous a montré :

1° Qu'il s'agissait dans les 3/4 des cas de primipares ;

2° Qu'il y avait eu dans la moitié des cas des signes de souffrance fœtale au cours du travail, se traduisant d'ailleurs uniquement par l'existence de liquide teinté à la rupture tempestive des membranes ;

3° Qu'on pouvait incriminer dans quelques cas la trop grande rapidité du travail (3 primipares accouchant en 3 à 5 heures d'enfants de 3 kg. environ).

Il nous reste en définitive 3 observations seulement dans lesquelles on ne trouve absolument rien qui explique la mort apparente.

Obs. 997 de 1923. — IIP ; Pas d'antécédents. Accouchement spontané par le sommet en 45 minutes après 10 h. 30 de

travail. Enfant normal pesant 3.270 gr. Ranimé après 5 minutes de soins.

Obs. 1021 de 1924. — IP sans antécédents. Accouchement spontané par le sommet en 20 minutes après 9 h. 35 de travail. Enfant normal pesant 3.050 gr. Facilement ranimé.

Obs. 1058 de 1924. — IP. Accouchement spontané par le sommet en 1 h. 10 après 14 h. 30 de travail. Enfant normal pesant 2.760 gr. Ranimé en 5 minutes.

Sur ces 12 enfants :

9 furent ranimés et sortirent vivants ;

2 furent ranimés et moururent dans les 24 h.

l'un d'eux avec un état de raideur généralisée ;

1 ne put être ranimé.

Il est frappant de voir, sur cette série de 12 enfants nés en état de mort apparente sans cause bien définie au premier abord, une mortalité finale de 3, soit $1/4$. Mais ce fait est moins troublant lorsqu'on constate que ces 3 enfants morts faisaient partie de ceux qui avaient présenté des signes de souffrance : tous 3 avaient perdu du méconium en abondance pendant le travail, puisque le liquide amniotique était très fortement teinté à la rupture tempestive des membranes. C'est donc là une preuve de plus de l'importance primordiale de l'asphyxie dans l'étiologie de la mort apparente.

III. — Conclusions d'ensemble

Lorsqu'un enfant est né en état de mort apparente après un accouchement *spontané* par le sommet, on trouve dans un peu plus de la moitié des cas un trouble

de l'évolution mécanique et dynamique du travail qui a déterminé la souffrance du fœtus.

Ce trouble est le plus souvent une rupture précoce ou prématurée des membranes, ou une longueur anormale du travail.

Dans les nombreux cas où aucun incident n'est apparu pendant l'accouchement, on trouve après la sortie du fœtus la raison de son état de souffrance, par exemple dans l'existence d'un circulaire serré, ou dans l'existence d'un état pathologique de l'enfant lui-même.

Malgré tout, il reste quelques cas où la mort apparente ne peut être expliquée.

La mortalité finale est de 34 % (46 sur 135).

Vue d'ensemble des cas où les enfants furent expulsés ou extraits tête première

1° On rencontre beaucoup moins d'accouchements par la tête dans une série d'accouchements avec mort apparente du nouveau-né que dans une série d'accouchement pris en bloc ;

2° Les présentations de la face et du front y tiennent par contre une grande place ;

3° L'application de forceps a un rôle certain, car elle se rencontre dans 59 % des cas : elle est surtout dangereuse chez la primipare et lorsqu'elle est pratiquée sur un fœtus ayant déjà souffert ;

4° La souffrance fœtale pendant le travail joue le rôle prédominant lorsque l'accouchement se fait spontanément, qu'elle soit due à un incident du travail ou à un état pathologique du fœtus ;

5° La mortalité finale qui est de l'ordre de 36 % environ, est plus élevée pour les enfants extraits artificiellement (37,7 %) que pour les enfants expulsés spontanément (34 %).

DEUXIÈME GROUPE

ENFANTS EXPULSÉS OU EXTRAITS TÊTE DERNIÈRE (sauf les jumeaux)

Sur 493 cas, 118 rentrent dans ce groupe, soit 24 % environ.

Nous notons immédiatement que cette proportion est énorme comparée à la proportion normale de présentations pelviennes ou transversales, par rapport aux présentations céphaliques qui est en moyenne de 5 %.

Sur ce chiffre de 118 :

63 ont été ranimés et sont sortis vivants de la Clinique ;

12 ont été ranimés et sont morts secondairement ;

43 n'ont pu être ranimés.

La mortalité totale est donc de 55 sur 118, soit : 46, 5 %.

C'est là un chiffre considérable, qui montre dès main-

tenant quelle gravité pronostique découle pour l'enfant du fait de naître en état de mort apparente après avoir été expulsé ou extrait par l'extrémité pelvienne.

Comme pour notre premier groupe d'observations, nous avons classé nos cas en 2 chapitres :

- 1° Les cas où une intervention avait été pratiquée ;
- 2° Les cas où l'expulsion s'était faite spontanément.

Ce qui revient à étudier : d'une part les versions par manœuvres internes et les grandes extractions de sièges, d'autre part les expulsions dites spontanées de sièges, dans lesquelles on a toujours pratiqué la manœuvre de Mauriceau-Pinard sur tête dernière.

CHAPITRE PREMIER

ACCOUCHEMENTS AVEC INTERVENTION

A. — Versions par manœuvres internes

(16 observations)

Ce chiffre de 16 observations est important, puisqu'il représente dans notre série de 493 cas une proportion de 3,2 % plus de 6 fois supérieure à la moyenne habituelle des versions à la Clinique (0,5 % de l'ensemble des accouchements).

Si nous cherchons à nous faire une idée de la fréquence de la mort apparente au cours de cette intervention, nous trouvons le chiffre de 20 %, le nombre total des versions pendant la période 1920-1927 ayant été, à la Clinique Baudelocque, de 82.

Parmi nos 16 observations, nous avons :

- 8 enfants ranimés tous sortis vivants appartenant à 3 primipares, 5 multipares ;
- 8 enfants non ranimés appartenant à 3 primipares, 6 multipares.

Deux constatations s'imposent à la lecture de ces chiffres :

1° La grosse proportion des non ranimés (50 %) ;

2° La prédominance des multipares, que l'on ne rencontre que dans ce seul chapitre des versions (ceci n'est pas pour étonner d'ailleurs, cette intervention étant indiquée par la présentation de l'épaule ou la procidence du cordon, propres de la multiparité.

D'ailleurs, sur nos 5 primipares, 3 avaient des présentations du sommet et la version n'a été faite qu'après tentatives infructueuses de forceps : ceci confirme cela.

Indications de l'intervention :

Elles se répartissent ainsi pour nos 16 observations :

9 fois la présentation de l'épaule :

3 cas avec procidence surajoutée (1 ranimé, 2 non ranimés) ;

2 cas avec bassin légèrement touché (tous 2 ranimés) ;

4 cas purs (2 ranimés, 2 non ranimés).

4 fois :

Une procidence du cordon irréductible ou impossible à maintenir réduite, dans une présentation du sommet ;

2 ranimés ;

2 non ranimés.

3 fois :

Après tentative infructueuse d'application de forceps sur tête élevée chez des primipares âgées de 40 ans environ ;

1 ranimé (obs. 876 de 1920).

2 non ranimés (obs. 751 de 1920 et 1137 de 1923).

Poids des enfants :

moins de 2.500 gr. 1

de 2.500 à 3.250 gr. 6

de 3.250 à 4.000 gr. 6

plus de 4.000 gr. 3 (tous non ranimés)

Il ressort de là qu'il existe une majorité de gros enfants (9 au-dessus de 3.250 gr.) et que les très gros sont tous morts.

B. — Grandes extractions du siège

(42 observations)

Beaucoup plus encore que pour les versions, la proportion est ici supérieure à la normale : 8 1 2 % au lieu de 0,7 %, soit 12 fois plus.

La même différence se retrouve lorsqu'on recherche la fréquence de la mort apparente dans la grande extraction du siège : 42 cas sur les 99 qui ont été pratiquées à la Clinique de 1920 à 1927, cela représente une proportion de 42 %, chiffre considérable, et si dès maintenant nous envisageons la mortalité réelle après mort apparente dans cette intervention (24 cas sur nos 42, comme nous le verrons) nous pourrions conclure que c'est là une intervention vraiment meurtrière.

En effet, parmi nos 42 observations, nous avons :

18 enfants ranimés, sortis vivants appartenant à

12 primipares, 6 multipares.

5 ranimés qui moururent avant leur sortie appartenant à 4 primipares, 1 multipare ;

19 enfants non ranimés appartenant à 14 primipares, 5 multipares.

Mortalité finale : 24 enfants appartenant à 18 primipares et 6 multipares.

Deux conclusions immédiates à tirer de la lecture de ces chiffres.

1° L'une, qui sera la même que pour le chapitre précédent, la grosse proportion des non ranimés (43 %) et l'énorme mortalité finale (57 %) ;

2° L'autre qui sera par contre l'inverse de celle que nous avons formulée pour les versions : la prédominance des primipares et la gravité de l'intervention chez ces femmes.

Rupture des membranes : Un fait nous a frappé dans l'analyse de nos observations : l'énorme fréquence de la rupture des membranes avant la dilatation complète.

Nous avons en effet 31 cas de rupture précoce ou prématurée contre 9 cas de rupture tempestive.

Indications de l'intervention : Elles se répartissent ainsi pour nos 42 observations :

27 fois, la souffrance fœtale ;

7 fois, l'arrêt de progression du siège ;

8 fois, une procidence du cordon.

Nous voyons qu'il y a une prédominance importante des cas où le fœtus avait souffert avant l'intervention (plus de 2/3) et par contre une rareté relative des cas où l'arrêt de l'expulsion était seul en jeu.

Ceci est encore plus frappant d'ailleurs lorsqu'on étudie la mortalité réelle. Sur 24 enfants morts avant leur sortie : 19 avaient présenté des signes de souffrance avant l'intervention.

Résultats : Sur nos 42 observations nous avons :

1° 18 enfants sortis vivants qui pesaient :

- 1, 2500 gr. ;
- 6, de 2500 gr. à 3250 gr. ;
- 7, de 3250 gr. à 4000 gr. ;
- 4, de plus de 4000 gr.

Nous constatons en passant la prédominance des gros enfants (11 au-dessus de 3250 gr.). Deux d'entre eux eurent leur séjour à la clinique marqués par des incidents :

L'un fit une broncho-pneumonie dont il guérit rapidement ;

L'autre extrait après un long travail de 34 heures et pesant 3300 gr. présenta les premiers jours des convulsions avec impotence du membre supérieur gauche et ptosis de la paupière gauche. Il sortit guéri sans séquelles le 28^e jour.

2° 5 enfants ranimés et morts secondairement qui pesaient :

- 2, de 2500 à 3250 gr. ;
- 2, de 2250 à 4000 gr. ;
- 1, 4400 gr.

Pour ces 5 enfants, il y avait eu rupture prématurée des membranes.

2 étaient nés après extraction pour souffrance

foetale (l'un d'entre eux fit une hémorragie méningée) ;

2 étaient nés après extraction pour procidence du cordon (l'un d'entre eux fit une bronchopneumonie) ;

1 était né après extraction pour arrêt de progression du siège.

3° 19 enfants non ranimés d'emblée qui pesaient :

9, de 2500 à 3250 gr. ;

9, de 3250 à 4000 gr.

(un poids manque).

Ici plus encore que pour les cas précédents la souffrance foetale avant l'intervention semble avoir joué un rôle prédominant, car elle avait commandé l'intervention dans 15 cas sur 19.

Nous pourrions donc conclure, en rapprochant les uns des autres ces 24 cas d'enfants morts, que le facteur « souffrance foetale avant l'intervention » aggrave singulièrement le pronostic vital, puisqu'on peut considérer qu'il a joué, non seulement dans les 17 cas où l'intervention avait été indiquée par la modification des bruits du cœur foetal, mais encore dans les 2 cas de procidence, soit, en définitive, dans 19 de nos observations sur 24.

CHAPITRE II

ACCOUCHEMENTS SANS INTERVENTION

Expulsions spontanées du siège

(60 observations)

Ce chiffre nous donne une proportion de 12,3 % dans notre série de 493 cas ; c'est une proportion 3 fois supérieure à la moyenne des sièges expulsés spontanément dans une série continue d'accouchements pris en bloc (4,2 % pour les 7 années envisagées, à la Clinique Baudelocque).

Et si nous voulons savoir maintenant dans quelle proportion la mort apparente se rencontre dans une série continue d'expulsions spontanées de sièges, nous devons placer nos 60 observations dans le cadre des 602 sièges spontanés relevés à la Clinique de 1920 à 1927, ce qui nous donne une moyenne de 10 %.

C'est là un chiffre faible en comparaison de ceux que nous avons obtenus antérieurement pour les cas où on était intervenu ; on se rappelle en effet que le pourcen-

tage des morts apparentes était 4 fois plus élevé pour les grandes extractions de siège et 2 fois plus élevé pour les versions par manœuvres internes.

Ces 60 accouchements spontanés par le siège ont donné naissance à :

a) 37 enfants ranimés sortis vivants :

18 étaient nés de primipares ;

19 étaient nés de multipares ;

b) 7 enfants ranimés morts ultérieurement ;

c) 16 enfants non ranimés dont :

9 étaient nés de primipares ;

7 étaient nés de multipares.

Notons seulement la proportion un peu excessive des non ranimés, qui entrent pour plus de $1/3$ dans nos observations, proportion cependant bien inférieure à celle que nous avons trouvée pour les cas avec intervention.

L'étude de nos différents cas nous a permis de mettre en lumière le fait capital suivant : dans les $2/3$ des cas la rupture des membranes avait eu lieu avant la dilatation complète, et c'est parmi ces observations que se rencontrent tous les enfants morts :

Nous envisagerons donc successivement :

1° Les 41 observations dans lesquelles la rupture des membranes avait été prématurée (16 cas) ou précoce (25 cas) ;

2° Les 19 observations dans lesquelles la rupture des membres avait été tempestive.

1° Cas avec rupture prématurée ou précoce :

Dans 8 de ces cas seulement le travail se prolongea au-delà de 24 heures.

1° 4 de ces enfants sortirent vivants ;

2° 4 ne purent être ranimés.

Dans les 33 autres cas, le travail se passa normalement et l'expulsion ne se prolongea pas, les résultats furent les suivants :

1° 19 enfants ranimés sortis vivants ;

2° 6 enfants ranimés et morts ;

3° 8 enfants non ranimés.

Parmi les enfants ranimés et morts secondairement nous avons :

2 débiles ;

2 broncho-pneumonies ;

2 enfants qui avaient été difficiles à ranimer :

1 meurt 6 h. après l'accouchement sans signes spéciaux ;

1 meurt à 2 jours de convulsions (1 h. 15 de soins ranimé après).

Parmi les enfants sortis vivants, 2 observations sont à signaler.

Obs. 170, 1922. — Ilpare de 29 ans. *Rupture prématurée des membranes.* Travail (1 h. 15). Siège complet, expulsé spontanément jusqu'au tronc. Tête retenue au-dessus du détroit supérieur. On termine l'extraction péniblement (difficultés à l'abaissement des bras). Poids : 2.975 gr.

Mort apparente. Ranimé en 7 minutes. Fort enfoncement de la région pariéto-occipitale droite.

Trépanation. — Suites excellentes ; l'enfant tête bien et pèse 3375 gr. à sa sortie.

Obs. 1816, 1926. — Multipare. Travail rapide, rupture précoce. Expulsion spontanée par le siège d'un enfant de 3600 gr.

Paralysie faciale, syndrome dit d'hématome d'un sterno-cléido-mastoïdien.

Le 5^e jour apparition de convulsions, température à 40°. Liquide sanglant à la P. L.

Le 25^e jour sort guéri.

(Observation publiée dans la thèse de Mme Marceline Leblond-Dramez).

2^e Cas avec rupture tempestive des membranes

Il s'agit dans tous ces cas d'accouchement normal avec travail de durée moyenne et expulsion rapide.

Ces 19 observations nous donnent :

1^o 14 enfants ranimés, sortis vivants sans incident ;

2^o 1 enfant ranimé mort secondairement (débile) :

3^o 4 enfants sont ranimés.

Nous voyons donc que cette série de cas est d'un pronostic nettement meilleur que la série précédente, puisqu'elle nous donne 5 enfants morts sur 19, au lieu de 18 sur 41.

Poids des enfants : Nous n'avons pas cru devoir surcharger les paragraphes précédents en considérant pour chaque cas les poids des enfants, car aucune constatation intéressante ne s'en serait dégagée.

Nous nous contentons donc de les grouper ici :

11 enfants pesaient moins de 2500 gr.

26 enfants pesaient de 2500 à 3250 gr.

18 enfants pesaient de 3250 à 4000 gr.

2 enfants pesaient plus de 4000 gr.

3 poids manquent.

Il en ressort une prédominance de petits enfants (37 sur 20) sur les gros, et cette prédominance est encore plus nette si on n'envisage que les enfants morts, soit primitivement, soit secondairement, et qui se répartissent ainsi.

16 au-dessous de 3250 gr,

7 au-dessus de 3250 gr.

Mortalité totale : 24 sur 60 : 38 %.

CONCLUSION. — La mortalité finale des enfants nés en état de mort apparente expulsés par le siège est de l'ordre de 38 %; elle est nettement plus importante lorsqu'il y avait eu, au cours du travail, rupture des membranes avant la dilatation complète.

Vue d'ensemble des cas où les enfants furent expulsés ou extraits tête dernière

Ici, comme pour les accouchements par l'extrémité céphalique, nous pouvons conclure :

1° On rencontre beaucoup plus d'accouchements par le siège dans une série d'accouchements avec mort apparente que dans une série d'accouchements pris en bloc ;

2° La mort apparente est plus fréquente à la suite des accouchements ayant nécessité une intervention ;

3° Dans ces cas, d'ailleurs, elle entraîne également un pronostic plus grave : 32 morts sur 58 interventions, soit 55 % contre 23 morts pour 60 expulsions spontanées, soit 38 % ;

4° La grande extraction de siège nous apparaît comme l'intervention la plus dangereuse pour la vie du fœtus, et en particulier lorsqu'elle est pratiquée sur un fœtus qui a souffert au cours du travail ;

5° La mortalité finale est de : 46,5 %, notablement plus élevée que pour les présentations céphaliques.

TROISIÈME GROUPE

GÉMELLAIRES

(22 observations d'enfants nés en état de mort apparente)

La mort apparente n'a été rencontrée à la Clinique Baudelocque, entre 1920 et 1927, que dans 18 accouchements gémellaires sur les 250 observés durant cette période, soit dans 6,8 % des cas. C'est là un chiffre relativement faible, si l'on sait qu'il comprend les accouchements avec interventions (versions en particulier) et si l'on se rappelle que ces fœtus, le plus souvent prématurés, sont particulièrement fragiles.

D'ailleurs, si nous considérons que, sur nos 18 accouchements, 4 fois la mort apparente se rencontre sur les 2 jumeaux et si nous comparons ce chiffre de 22 morts apparents, au chiffre total de jumeaux nés pendant la période envisagée (500) nous arrivons à une proportion plus faible encore de : 4,4 %.

Sur ces 22 enfants :

14 ont été ranimés et sont sortis vivants ;

3 ont été ranimés et sont morts ;

5 n'ont pu être ranimés.

Mortalité : 8 sur 22.

Ce qui frappe ici encore, à l'étude de nos observations, c'est la grosse proportion des cas où la mort apparente est survenue après une intervention : 13 cas contre 9 sans intervention.

1° Ces 13 cas concernent pour la grosse majorité des versions par manœuvres internes (8 observations), presque toutes d'ailleurs effectuées sur le 2^e jumeau (7 fois), qui se présentait transversalement ou avait une procidence du cordon. Parmi ces 8 fœtus extraits par version, nous en avons 6 ranimés et vivants, 1 ranimé mort à 20 jours suspect de syphilis et 1 non ranimé, qui est précisément le seul 1^{er} jumeau de la série.

Les 5 autres cas d'interventions concernent :

3 applications de forceps et

2 grandes extractions de siège.

Des 3 applications de forceps, 1 fut faite sur le 2^e jumeau, un prématuré de 1770 gr. qui fut ranimé mais mourut rapidement ; les 2 autres furent faites sur le 1^{er} jumeau, qui manifestait des signes de souffrance, mais put être, dans les 2 cas, ranimé.

Des 2 extractions de siège, l'une fut faite sur le 1^{er} jumeau, l'autre sur le second : tous deux furent ranimés et sortirent vivants de la Clinique.

2° L'étude des 9 observations avec accouchement spontané montre d'emblée que la plupart des cas, ici encore, concernent le 2^e fœtus de la gémellaire (7 fois) ;

Elle fait ressortir en outre la prédominance des expulsions par le siège (5 fois) et surtout la grosse mortalité que comportent ces expulsions : 1 seul de ces nouveaux-nés, le seul 1^{er} jumeau, est sorti vivant de la Clinique ;

un 3^e jumeau est mort après avoir été ranimé ; et les 3 autres, tous 2^e jumeau n'ont pu être ranimés ;

3^o Dans l'ensemble de nos 22 observations, enfin, nous devons noter les 2 faits suivants :

a) La majorité de ces enfants (18) étaient des prématurés et les autres sauf 1 pesaient 3000 gr.

b) 16 d'entre eux sont des 2^e jumeaux, 6 seulement sont des 1^{ers} jumeaux.

CONCLUSION : En résumé, nous pouvons donc dire :

1^o La mort apparente est rare chez les gémellaires, malgré les mauvaises conditions de ces accouchements, qui nécessitent souvent une intervention dangereuse, et qui concernent le plus généralement des prématurés ;

2^o Elle atteint presque toujours le 2^e fœtus ;

3^o Quand elle survient chez des enfants nés spontanément, il s'agit presque toujours de fœtus expulsés par le siège.

QUATRIÈME GROUPE

OPÉRATIONS CÉSARIENNES

(22 observations)

Nous étudions dans cette dernière partie les cas où l'on dut ranimer l'enfant extrait par intervention chirurgicale abdominale.

Il ne s'agit pas là de « mort apparente » à proprement parler, mais d'un état particulier du fœtus que l'on rapproche de la mort apparente parce qu'il nécessite le même traitement.

Sur les 333 césariennes faites à la Clinique pendant les 7 années envisagées, 22 enfants ont dû être ranimés, soit 6,6 % ce qui est une faible proportion.

Les indications de ces interventions avaient été :

18 fois un rétrécissement du bassin ;

2 fois un fibrome prævia ;

2 fois une présentation transversale avec placenta prævia vrai (recouvrant l'orifice du col).

1° BASSINS RÉTRÉCIS :

a) Dans 12 cas l'intervention fut pratiquée au *début du travail*.

9 fois sans que le fœtus ait présenté auparavant des signes de souffrance : 8 ranimés vivants ;

1 mort le 2^e jour, ranimé difficilement après 1 h. 10 de soins.

3 fois : après qu'on eut constaté des signes de souffrance fœtale (en général liquide teinté à la rupture des membranes) : 3 ranimés vivants.

b) Dans 3 cas, l'intervention fut pratiquée après *épreuve du travail* (12 h. en moyenne). Tous ranimés vivants.

c) Dans 3 cas enfin, la césarienne fut faite *tardivement*, après plus de 24 h. de travail et après rupture des membranes ; dans 2 de ces cas on pratiqua une extériorisation temporaire de l'utérus :

1 enfant ranimé vivant ;

2 enfants ranimés et morts secondairement ;

1 après césarienne tardive (35 h. de travail, 22 h. de rupture des membranes, signes de souffrance fœtale). Facilement ranimé. Mort à 3 jours de méloëna ;

1 après césarienne suivie d'extériorisation, très tardive (3 jours de travail, souffrance fœtale) chez une femme amenée de ville. Facilement ranimée. Mort dans la journée.

2^o FIBROME PROEVIA :

Dans les 2 cas, l'opération césarienne fut précoce, aussitôt la rupture des membranes, il y avait des signes de souffrance fœtale (dans un cas : procidence du cordon).

Résultats : 2 enfants ranimés, vivants.

3^o PRÉSENTATION TRANSVERSALE AVEC PLACENTA PROEVIA :

Dans les 2 cas, il y avait placenta recouvrant avec hémorragie abondante au début du travail. Pas de signes de souffrance fœtale avant l'intervention, *très précoce*.

Résultats : 2 enfants ranimés, vivants.

CONCLUSION : Les enfants extraits par opération césarienne et que l'on doit ranimer survivent pour la plupart, même lorsqu'ils ont présenté avant l'intervention des signes de souffrance.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE COMPLÉMENTAIRE

Telle est l'étude analytique de nos 493 cas de mort apparente. Nous l'avons faite d'un point de vue essentiellement obstétrical, en considérant avant tout les modalités de l'accouchement et les incidents qui ont pu le caractériser.

Pour 24 de nos cas seulement, nous n'avons trouvé la seule cause possible que chez les fœtus (17 prématurés et 7 syphilitiques). Mais il faut bien savoir que, parmi nos autres observations, des tares du côté maternel ou fœtal avaient pu entrer en ligne de compte ; c'est pourquoi nous allons maintenant considérer :

1° Les mères ;

2° Les enfants.

1° Les mères

a) Maladies maternelles.

Bardet, dans sa thèse (1904) semble faire tenir une place de premier plan aux affections pathologiques de

la mère dans la genèse de la mort apparente. Cette constatation ne ressort pas du tout de l'examen de nos observations.

En effet, si nous sommes d'accord avec lui pour ce qui est de la primiparité et pour ce qui concerne les viciations pelviennes et leurs conséquences (lenteur du travail, présentations vicieuses, lésions du fœtus, interventions fréquentes, et en général difficiles) nous divergeons par contre lorsque nous envisageons les maladies maternelles proprement dites.

En effet, après avoir étudié les antécédents de toutes nos femmes, nous arrivons aux résultats suivants :

Sur les 493 mères nous avons :

a) 2 cardiaques à lésions bien compensées.

b) 14 albuminuriques dont 6 seulement ont pu être la cause indirecte de la mort apparente, parce qu'elles ont accouché prématurément d'enfants débiles, dont :

3 ne purent être ranimés ;

2 furent ranimés et moururent secondairement ;

1 ranimé sortit vivant.

Pour les 8 autres, il y avait une cause purement obstétricale à la mort apparente et la maladie maternelle ne semble avoir joué aucun rôle dans la genèse du syndrome.

c) 15 syphilitiques, certaines traitées, dont 4 seulement peuvent être tenues pour responsables de l'état de mort apparente ;

2 accouchements spontanés d'enfants non ranimés;

1 accouchement au forceps d'un débile ranimé mort le 6^e jour (mère syphilitique insuffisamment traitée);

1 accouchement spontané d'une syphilitique à W. +

b) Parité:

La primiparité par contre semble jouer un grand rôle dans la genèse de la mort apparente.

Sur nos 493 cas, nous la rencontrons:

314 fois, soit dans 63,7 % des cas;

Elle est plus fréquente chez les non ranimés (66 %) que chez les ranimés (63 %);

Il s'agit souvent de primipares âgées (plus de 30 ans);

Dans 1/3 des cas chez les ranimés;

Dans 43 % des cas chez les non ranimés.

La primiparité se rencontre plus souvent dans les cas avec intervention (70 %) que dans les cas où on n'est pas intervenu (60 %).

C'est chez les femmes ayant eu une application de forceps qu'on la rencontre le plus souvent (78 %), puis chez celles ayant eu une grande extraction de siège (72 %).

La proportion n'est inversée que chez les femmes ayant accouché par version (30 % de primipares). Ceci s'explique fort bien, car cette intervention était le plus souvent indiquée par l'existence d'une présentation de l'épaule, propre des multipares.

2° Les enfants

a) Poids :

Si nous comparons la proportion des poids des enfants, d'une part dans la statistique d'ensemble de tous les enfants nés à la Clinique entre 1920 et 1927, et d'autre part dans notre statistique de mort apparente, nous pouvons noter les différences suivantes :

Moyenne normale sur 14.472		Morts appa- rentes sur 493	R. sur 375	N. R. sur 118
12 %	moins de 2.500 gr.	15 %	14 %	19 %
40 »	entre 2.500 et 3.250 gr.	43 »	46 »	36 »
41 »	entre 3.250 et 4.000 gr.	33 »	31 »	38 »
7 »	plus de 4.000 gr.	9 »	9 »	7 »

Nous constatons donc :

1° Que les *prématurés* dominent, surtout en ce qui concerne les non ranimés ;

2° Que pour les enfants ranimés, le pourcentage des *gros enfants* est plus élevé que normalement.

b) Syphilitiques :

Nous n'avons retenu dans la recherche des causes de mort apparente que 7 cas de syphilis avérée. C'est que nous avons envisagé seulement les cas où aucune autre cause ne pouvait être mise en jeu (intervention ou accouchement dystocique).

En réalité, la syphilis a un rôle tout au moins adju-

vant dans un plus grand nombre de cas, et, sur les 493 observations de mort apparente, nous l'avons retrouvé 58 fois, soit dans plus de 11 % des cas.

Nous avons groupé dans ces 58 cas :

14 cas où il y avait syphilis certaine du fœtus, caractérisée par des signes cliniques, ou confirmée par l'autopsie ;

20 cas où il y avait suspicion (signes ovulaires : gros œuf, excès de liquide, gros placenta).

21 cas où il y avait syphilis des parents, traitée ou non pendant la gestation.

3 cas où les antécédents morbides ou obstétricaux de la mère permettaient de soupçonner la spécificité.

CONCLUSION : *En résumé*, nous pouvons dire :

1° L'état pathologique de la mère ne semble pas avoir d'influence sur l'état de mort apparente de l'enfant à la naissance ;

2° La primiparité joue par contre un rôle prédisposant capital, surtout dans les interventions, en particulier les forceps ;

3° La syphilis prépare le terrain en rendant le fœtus plus fragile.

TROISIÈME PARTIE

MORTALITÉ

Sur nos 493 cas de mort apparente, nous avons en définitive un total de :

184 enfants morts.

parmi lesquels il y a :

118 enfants non ranimés et 66 enfants ranimés et morts pendant le séjour de la mère à la Clinique (12 jours en moyenne).

On peut donc en déduire que sur 100 enfants nés en état de mort apparente :

1° 62 sont ranimés et vivent ;

2° 14 sont ranimés et meurent dans les heures ou jours qui suivent ;

3° 24 ne sont pas ranimés

La mortalité moyenne par mort apparente nous apparaît comme étant de l'ordre de **39 %** (184 morts sur 493).

Nous pouvons donc dès maintenant nous faire une idée du pronostic de cet accident par rapport à la cause qui l'a produite.

En effet, cette proportion est dépassée dans les cas suivants :

Grandes extractions de siège : 57 % de morts ;

Version par manœuvres internes : 50 % ;

Forceps après travail prolongé : 49 %.

Elle est au contraire inférieure dans les cas suivants :

Expulsions spontanées de siège : 38 % ;

Accouchement spontané par le sommet : 35 % ;

Forceps après travail normal : 32 %.

Nous étudierons successivement :

A. — La place qu'occupent dans la mortalité totale les enfants nés en état de mort apparente et qui ne survivent pas.

B. — Les conditions dans lesquelles étaient nés et les lésions qu'avaient pu présenter :

— d'une part les non ranimés ;

— d'autre part les ranimés-morts.

A. — Nous envisagerons en premier lieu dans quelle proportion les enfants qui naissent en état de mort apparente et qui ne survivent pas entrent dans la mortalité générale des nouveau-nés.

La morti natalité totale pour la Clinique Baudelocque entre 1920 et 1927 s'élève à 1192 enfants. Mais ce chiffre ne nous intéresse pas dans son ensemble car il comprend 3 groupes :

1^{er} groupe : Les fœtus morts pendant la gestation : 329 ;

2^e groupe : Les fœtus morts au cours du travail : 412 ;

3^e groupe : Les enfants morts pendant le séjour de la mère à la Clinique (12 jours en moyenne) : 451.

Or nous devons éliminer les enfants du premier groupe, qui n'ont de toute évidence aucun rapport avec le point que nous étudions. Seuls nous intéressent les enfants des 2 autres groupes. Ceux du second parce qu'ils comprennent les enfants *non ranimés* et ceux du dernier parce qu'ils renferment les enfants ranimés et morts secondairement.

Nous arrivons ainsi aux résultats suivants pour la période envisagée :

a) Mortalité pendant le travail : 412 sur lesquels : enfants non ranimés 118, soit : 28,5 % ;

b) Mortalité dans les suites de couches : 451 sur lesquels ; enfants ranimés, morts à la Clinique : 66, soit 14,5 %.

c) Mortalité totale (sauf durant la gestation) : 863 ;

Mortalité totale après mort apparente : 184 soit 21,5 %.

CONCLUSION : a) Sur 100 enfants considérés comme « morts pendant le travail » : 28 environ étaient nés en état de mort apparente et n'avaient pu être ranimés.

b) Sur 100 enfants qui meurent dans les 12 premiers jours, 14 étaient nés en état de mort apparente et avaient été ranimés.

B. — Nous verrons en second lieu quelles avaient été les circonstances de l'accouchement pour ces enfants et

quels symptômes ou quelles lésions ils avaient pu présenter en nous basant sur les observations cliniques et sur les 23 comptes rendus d'autopsie que nous pu réunir.

1° Enfants non ranimés

(118 observations)

a) Un premier fait à noter :

Ces 118 enfants non ranimés étaient nés dans la plupart des cas de primipares, parmi lesquelles un grand nombre étaient âgées de plus de 30 ans.

78 accouchements de primipares dont 34 âgées, soit 66 %.

40 accouchements de multipares, soit 44 %.

b) Deuxième fait capital :

Ce sont les accouchements par le siège qui nous donnent le maximum d'enfants non ranimés aussitôt après l'expulsion ou l'extraction : nous en avons en effet 36 %, contre 21 % pour les accouchements par la tête.

Parmi le premier groupe, c'est la version par manœuvres internes qui paraît la plus dangereuse d'emblée : 50 % d'enfants non ranimés. Vient ensuite la grande extraction du siège, presque aussi meurtrière, et enfin l'expulsion spontanée du siège, qui ne donne que 25 % de non-ranimés.

Parmi le second groupe, il faut immédiatement mettre en valeur la grosse disproportion qui existe entre les enfants extraits artificiellement et les enfants expulsés

spontanément : tandis que les premiers ont une mortalité *immédiate* de 22 %, les seconds atteignent à peine 12 %.

Entre les forceps, il faut faire d'ailleurs une distinction entre les interventions après travail prolongé (qui donnent plus d'un tiers d'enfants non ranimés) et les interventions après travail de durée moyennée (qui ne donnent qu'1/3 d'enfants non ranimés).

La grosse proportion des enfants non ranimés est encore plus sensible lorsqu'on envisage l'ensemble des interventions. En effet, 68 % de ces enfants ont été extraits artificiellement ; 32 % sont nés spontanément.

c) En général, ces enfants étaient de poids moyens ; on note cependant un léger excès des enfants petits (63) au dépens du nombre des gros (51).

Enfants de moins de 2.500 gr.	22
Entre 2.500 et 3.250.	41
Entre 3.250 et 4.000.	43
Au-dessus de 4000.	8

d) Quelles lésions anatomiques présentaient ces enfants non ranimés ?

Nous avons pu recueillir 16 comptes rendus d'autopsie qui nous donnent :

1 congestion cérébro-méningée et 7 hémorragies des centres nerveux :

- 5 méningées ;
- 1 cérébro-médullaire ;
- 1 au niveau du plexus choroïde.

chez des enfants accouchés.

6 par forceps (2 difficiles, 1 en bassin rétréci, 1 impossible terminé par version) ;

2 spontanément par le siège.

1 syphilis certaine et 3 syphilis probables chez des enfants accouchés :

2 par le siège ;

1 par forceps ;

1 spontanément (prématuré) ;

enfin ; 3 lésions banales de congestion.

(1 forceps, 2 accouchements spontanés).

1 entièrement négative :

accouchement spontané normal.

COMPTES RENDUS DES AUTOPSIES

1920

N° 715 : du 25 avril : Enfant Sp... expulsé *spontanément* par le siège en 1 h. 25 pesant 4 030 gr. placenta de 750 gr. (suspicion de syphilis). Non ranimé.

Sterno-mastoi'dien anormal.

Un peu de sang dans le p'ritoine.

Foie gros, congestionné, pesant 260 gr.

Rate pesant 18 gr.

Reins congestionnés.

Poumons blancs, homogènes, surnageant.

Encéphale :

- 1° *Hémorragie* diffuse collectée à la base avec petits caillots ;
- 2° *Hémorragie* importante sous-tentoriale et de chaque côté du bulbe.

N° 751 : Enfant Lab .. Présentation du siège pendant la gestation réduite au 7^e mois par version, par manœuvres externes.

Travail long : Œdème du col, incisions, non engagement de la tête à cause d'un procubitus, après réduction du procubitus *tentative infructueuse de forceps*.

Accouchement terminé par une *version par manœuvres internes* difficile. Enfant ayant fait une inspiration. Non ramené.

Enfant bien conformé.

A l'ouverture de la cavité thoraco-abdominale on est frappé du volume du foie (poids 205 gr.) et de son aspect très congestionné.

Les autres viscères sont normaux, sauf le rein gauche, qui paraît congestionné.

A l'ouverture du crâne :

a) Suffusion sanguine épi-cranienne, surtout marquée à gauche, dans la région pariétale ;

b) Congestion intense de la pie-mère surtout marquée aux lobes pariétaux ;

c) Légère suffusion sanguine au niveau de la face supérieure du cervelet.

Ablation des centres nerveux en 2 temps : encéphalo-bulbe, et moelle cervellet : *suffusion sanguine dans la loge cérébelleuse : suffusion sanguine s'étendant jusqu'à la moelle cervicale*.

N° 1929 : Enfant Le St..., né par *forceps* en transverse sur présentation de la *face* : extraction pénible (10 minutes de tractions) pendant laquelle le fœtus fait des inspirations.

Bassin petit : Poids : 3350.

Non ranimé malgré 20 minutes de soins.

A l'incision de la cavité thoraco abdominale, présence de liquide sanguinolent ; liquide clair dans la cavité péricardique ; pas de liquide dans les cavités pleurales,

Foie : 195 gr. rate petite.

Poumons qui surnagent.

(Pas de renseignements sur le crâne).

1923

N° 233 : Enfant Ga..., né par *forceps* en D. T. dans l'exca-
vation ; descente pénible. Circulaires en 8 autour du thorax.
Poids : 3100 gr. Non ranimé.

A l'ouverture thoraco-abdominale, rien à noter : Foie normal.

A l'ouverture du crâne, *hémorragie méningée de la fosse temporale droite*.

N° 517 : Enfant Vey... Né par *forceps* en G. T. à dilatation complète pour souffrance fœtale.

Bassin légèrement rétréci : Poids 3.200 gr. Non ranimé.

A l'autopsie, M. Portes trouve :

1° Suffusion sanguine étendue au niveau de la moitié gauche de la boîte crânienne, correspondant au trajet de la branche gauche du *forceps*, et semblant provenir d'une déchirure de la suture temporo-pariétale ;

2° *hémorragie méningée* en nappe au niveau de l'hémisphère gauche ;

3° *foyer hémorragique* entre la face antérieure du bulbe et l'apophyse basilaire de l'occipital.

N° 748 : Enfant Mign..., de 5.520 gr. avec placenta de 1.000 gr. né par le *siège* ; expulsion hâtée à partir de hanches pour compression du cordon ; difficultés à l'extraction du tronc. Inspirations prématurées. Non ranimé.

A l'autopsie : M. Portes trouve :

1° Pas trace d'hémorragie méningée. Crâne incomplètement ossifié ;

2° Mais foie énorme (265 gr). congestif, capsules surrénales creusées d'une cavité hématique volumineuse.

Syphilis probable.

1924

N° 1001 : Enfant Trot..., pesant 2.600 gr., né par *forceps* en droite transverse 2 h. 15 après la dilatation complète pour accélération des bruits du cœur à 180. Circulaire serrée. Syncope blanche.

Non ranimé.

L'autopsie montre :

1° grosse bosse séro-sanguine région pariétale droite ;

2° *grosse hémorragie méningée* dont le maximum semble siéger à la partie postérieure des deux lobes pariétaux.

1925

N° 71 : Enfant Di..., pesant 3.150 gr. né par *extraction du siège* 2 h. 20 après la dilatation complète pour non progression et souffrance fœtale, 1/2 h. de soins infructueux.

L'autopsie montre : *foie de 150 gr.*, rate de 7 gr. 5.

Rien du côté du système nerveux.

Poumons n'ayant pas respiré.

N° 299 : Enfant Mar..., *né prématurément* d'une albuminurique hypertendue : 2.000 gr. Non ranimé.

A l'autopsie, M. Séguy trouve :

1° Gros foie et grosse rate (180 et 8 gr.);

2° Poumons congestionnés, sans foyer;

3° Pas d'hémorragie méningée.

N° 2032 : Enfant Del..., pesant 3.330 gr. né par *forceps* en gauche antérieure 2 h. 1/4 après la dilatation complète, d'une femme ayant eu des crises d'éclampsie au cours du travail. Non ranimé.

L'autopsie montre :

Etat congestif de tous les viscères.

Foie pesant 135 gr.

Rien du côté du crâne.

1926

N° 1185 : Enfant Lesc..., pesant 4.350 gr. né spontanément par le sommet à la Clinique après avoir subi en ville une tentative infructueuse de *forceps* après hypophyse, gros efforts de traction pour dégager les épaules (bi-acromial de 13 cm). Sang à la P. L. Non ranimé.

L'autopsie révèle :

1° Cavité crânienne ; *congestion cérébro-méningée* sans hémorragie.

2° Cerveau, cervelet, bulbe : aucune trace d'hémorragie ni de malformation ;

3° Viscères thoraco-abdominaux normaux.

N° 1775 : Enfant Bern..., pesant 2.600 gr., né spontanément par le siège ; ralentissement brutal des bruits du cœur à la fin de l'expulsion, syncope blanche. Non ranimé.

L'autopsie révèle :

1° Infiltration sanguine dans les régions pariétales droite et gauche ;

Aucune hémorragie de la base ;

2° Hémorragie des *plexus choroïdes*, qui apparaît à l'ouverture des ventricules latéraux ;

Rien dans le parenchyme cérébral ;

3° Infiltration hémorragique du cervelet sans foyer.

N° 358 : Enfant Duv..., né *spontanément* par le sommet sans autre incident qu'un liquide légèrement teinté à la rupture tempestive des membres. Fait plusieurs inspirations. Poids 2 530 gr. Non ranimé.

L'autopsie ne révèle absolument aucune anomalie viscérale.

Le cerveau, injecté au formol, ne présente aucune lésion, non plus que le bulbe.

N° 995 : Enfant Per..., poids 3.070 gr., né *spontanément* par le sommet après 5 minutes d'expulsion. Seul incident *providence du cordon* à la rupture des membranes, sitôt réduite. Non ranimé.

L'autopsie révèle :

Congestion œdémateuse de tous les poumons.

Autres organes normaux.

N° 1002 : Enfant Bra. ., pesant 4.350 gr. né par *forceps difficile* en droite postérieure sur tête élevée pour souffrance fœtale 1 heure après la dilatation complète Non ranimé.

L'autopsie (M. Desnoyers) révèle :

1° Une hémorragie ayant imprégné toute la moitié gauche de la boîte crânienne, ayant fusé entre l'aponévrose épicroténienne et le tissu osseux ;

2° Un *hématome extra-dural* occupant toute la moitié gauche de l'encéphale, prédominant au niveau de la scissure Rolandique ;

3° Une *diffusion de l'hématome vers la base du crâne*, noyée en totalité ; la tente du cervelet est le siège de plaques ecchymotiques noirâtres

2°) Enfants ranimés et morts ultérieurement

(66 observations).

a) Les circonstances de l'accouchement, pour ces enfants ranimés et morts secondairement, avaient été les suivants :

1° *avec intervention* :

21 forceps ;

3 extractions de siège

2° *sans intervention* :

7 sièges spontanés ;

29 sommets spontanés dont :

9 rupture précoce des membranes ;

6 lenteur du travail ;

3 sténoses pelviennes ;

8 prématurés ;

1 syphilitique ;

2 souffrance fœtale simple.

Nous voyons donc que contrairement à ce que nous avons constaté pour les non ranimés, ce sont ici les accouchements par la tête qui ont la plus forte mortalité, et par conséquent qui sont le moins dangereux immédiatement (15 % contre 10 %).

Parmi ce groupe des enfants en présentation céphalique, c'est parmi les accouchements spontanés qu'on a le plus de déchets pour les enfants ranimés : 10 % des forceps seulement contre 21 % des accouchements spontanés.

Parmi le groupe des enfants en présentation pelvienne, c'est également le siège spontané qui a la plus forte mortalité tardive.

La mort tardive des enfants qu'on a pu ranimer à la naissance ne paraît pas être en rapport avec les difficultés de l'accouchement.

On peut donc tirer une première conclusion :

b) *Poids des enfants morts après avoir été ranimés :*

moins de 2.500 gr.	23	}	43
entre 2.500 et 3.250 gr.	20		
entre 3.250 et 4.000 gr.	16	}	19
plus de 4.000 gr.	3		

Il faut noter la grosse proportion des débiles parmi ces enfants ranimés et morts ultérieurement, nous en avons 23 sur 66, soit plus du 1/3.

c) Un autre facteur est à mettre en valeur également chez ces enfants : le temps que l'on a mis et les difficultés qu'on a pu avoir à les ranimer : en effet, sur nos 375 enfants ranimés :

41 avaient demandé de 1/2 à 2 heures de soins, et parmi eux il y a 18 morts soit 41 % :

323 avaient été facilement ranimés dont 48 sont morts soit 13,3 % seulement.

d) Dans l'ensemble nous n'avons pu recueillir que très peu de renseignements sur ces enfants. Cependant :

1° 8 d'entre eux ont présenté une symptomatologie caractéristique d'hémorragie méningée.

2 autres eurent des convulsions et de la fièvre ;

3 sont morts de broncho-pneumonie ;

1 est mort de melœna ;

1 avait des signes de syphilis certaine.

2° 4 n'avaient présenté aucune manifestation clinique, mais on trouva à l'autopsie :

2 fois une hémorragie méningée ;

2 fois des malformations chez des prématurés d'apparence normale.

Nous avons pu réunir 7 protocoles d'autopsies d'enfants ranimés et morts :

COMPTES RENDUS DES AUTOPSIES

1923

N° 4677 : Enfant Mat..., de 2700 gr., né par *forceps* 1 h. 1/2 après la dilatation complète. 2 circulaires serrées. Ranimé après 40 minutes de soins. Dyspnée marquée et mauvais cri. Mort 18 h. après la naissance.

A l'autopsie M. Risacher trouve :

1° Pas de malformation laryngo-trachéale expliquant les troubles respiratoires ;

2° Mais *hémorragie méningée* localisée à la base de la région bulbaire, où l'on trouve quelques caillots.

1924

N° 89 : Enfant Roy..., né prématurément à 8 mois. *Syphilitique* (pemphigus palmo-plantaire), mère à Wassermann ++.

Poids 2270 : Placenta 520. Respire pendant 1/2 heure.

A l'autopsie, M. Risacher trouve :

Gros foie (135 gr.) d'aspect normal.

Rate un peu grosse (8 gr.).

N° 221 : Enfant, Sen... Né prématurément à 8 mois par le siège en 30 minutes. Poids : 2500 gr. Mort 20 minutes après la naissance.

A l'autopsie, M. Powilewicz trouve :

1° Foie : 125 gr. Rate : 10 gr. *Malformation* de l'appareil urinaire (uretère et vessie) ;

2° Gros thymus (10 gr.) ;

3° Pas d'hémorragie méningée.

1925

N° 63 : Dup... Pesant 3 kilos, né par le siège, mort apparente forme blanche, décédé après 50 minutes de soins.

L'autopsie montre : foie de 155 gr., rate de 8 gr.

Rien aux méninges, bulbe intact.

(Mère à W. 3/4 +, traitée pendant la gestation).

N° 90 : Enfant Gé..., pesant 2800 gr., né spontanément par le sommet. Circulaire serrée. Ranimé en 50 minutes, mort 2 heures après la naissance.

L'autopsie montre : foie 145 gr., rate 15 gr.

Hématome de la région occipitale, gros chevauchement.

Quelques caillots dans la région du pressoir d'Hérophile, dont la provenance est incertaine : ouverture accidentelle du sinus ou hémorragie méningée.

Teinte ecchymotique de la calotte crânienne dans la région pariétale droite.

N° 1906 : Enfant Gib... Pesant 1980 gr., né par *forceps*, facile en droite transverse pour souffrance fœtale. Ranimé en 10 minutes. Mort à 3 jours.

A l'autopsie, M. Desnoyers trouve :

Malformations multiples, vestige de diverticule de Meckel, malformations génitales, utérus double.

Fossette coccygienne.

1926

N° 3 : Enfant Fl... Né par *césarienne*, mort à 3 jours de *me-lœna*.

L'autopsie montre :

- a) Anses intestinales noirâtres, tube digestif rempli de sang, surtout au niveau des anses grêles ;
- b) Aucune ulcération visible ;
- c) Cerveau congestionné, pas d'hémorragie.

*
* *

Nous avons voulu rapprocher ces résultats de ceux qu'a publiés notre maître le P^r Couvelaire, dans un article des *Annales de Gynécologie et Obstétrique* concernant 51 autopsies d'enfants morts dans les premières heures ou les premiers jours.

Pour les 51 autopsies, M. Couvelaire trouve 11 hémorragies de névraxe :

- 5 intra-cérébrales, provenant d'enfants prématurés ;
- 6 intra-médullaires, provenant d'enfants nés en état de mort apparente.

Ces 6 dernières nous intéressent seuls. Elles provenaient :

Pour 3 d'entre elles de non ranimés ;

- 2 nés par forceps difficiles (1 en bassin rétréci, après travail de 30 heures et l'autre avec double application).
- 1 né spontanément, ayant eu une compression du cordon et 1 circulaire.

Pour les 3 autres d'enfants ranimés et morts ultérieurement ;

1 forceps sur front ;

1 extraction de siège pour procidence ;

1 hémorragie par placenta bas.

Le Pr Couvelaire concluait de la façon suivante :

« Chez les enfants nés à terme, les hémorragies de la substance nerveuse sont plus souvent localisées à la moelle, et elles semblent provenir d'accouchements laborieux ».

De la comparaison de ces résultats avec les nôtres, il résulte un accord complet sur le second point ; en ce qui concerne les premières propositions, nous nous garderons de conclure, car il est possible que nos autopsies n'aient pu être faites d'une façon aussi complète que celles de M. Couvelaire, et que certaines lésions médullaires peu étendues soient passées inaperçues.

CONCLUSION : 1° Les enfants qu'on ne peut ranimer ont été en général extraits artificiellement : l'intervention a donc un pronostic *immédiat* plus grave que l'accouchement spontané ;

2° Les enfants ranimés qui meurent dans les premières heures ou les premiers jours sont pour la plupart nés spontanément, mais souvent ou bien ont été difficiles à ranimer, ou bien sont petits, tarés ou malformés.

QUATRIÈME PARTIE

ETUDE SYNTHÉTIQUE

Si nous essayons maintenant de condenser les idées qui peuvent se dégager de cette étude analytique, nous sommes frappé d'abord par la fréquence et la garantie de la mort apparente *dans les accouchements par le siège* : c'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons mis en valeur dès l'abord cette distinction entre présentations céphaliques et présentations pelviennes ou transversales.

Ce qui nous est apparu comme la plus grave d'emblée, c'est la *version* par manœuvres internes, car c'est elle qui donne le plus d'enfants *non-ranimés*.

Cependant, le point intéressant nous paraît être la grande extraction du siège, car cette intervention nous semble donner de mauvais résultats quant au fœtus, alors que l'expulsion spontanée d'un siège, quoique d'un pronostic réservé, est cependant moins souvent mortelle.

On doit donc une fois de plus énoncer la règle suivante : il ne faut pas toucher aux enfants qui sont expulsés par le siège, puisque l'intervention semble leur enlever les chances qu'ils ont de naître vivants.

Mais alors, que faire s'il y a indication d'intervenir, et surtout si cette indication est la souffrance fœtale ? C'est là une question à laquelle il est difficile de répondre d'une façon catégorique, et on se trouve en présence du dilemme suivant : ou laisser l'enfant sortir spontanément et risquer de le voir mourir d'asphyxie, ou extraire le fœtus artificiellement et risquer de le faire mourir de syncope.

On est tenté de répondre en conseillant l'abstention, car on a plus de chances de ranimer un enfant qui naît en état d'asphyxie qu'un enfant qui naît en état de syncope. Et nos statistiques le prouvent, comme on l'a vu, puisque, dans la grande extraction du siège, 1 enfant sur 2 qui naissent en état de mort apparente ne pourra être ranimé, alors que dans l'expulsion spontanée cette proportion n'est que de 1 sur 4.



Lorsqu'on étudie d'autre part les accouchements par la tête, ce même fait nous apparaît : la gravité de l'intervention *sur un fœtus qui a souffert* au cours du travail :

Et ici aussi, ce qui se passe lorsqu'on est intervenu et ce qui se passe lorsqu'on a laissé l'accouchement se faire spontanément nous amène à penser qu'il vaut peut-être mieux ne pas intervenir dans certains cas.

En effet, sans revenir à nos chiffres, nous pouvons schématiquement constater ces faits :

- 1° Quand on intervient sur une tête après travail long, la moitié des enfants nés en été de mort apparente meurt ;
- 2° Quand on laisse l'accouchement se faire spontanément, 1/3 de ces enfants seulement mourra.

Et si l'on veut pousser plus avant et essayer de tirer une conclusion pratique de l'ensemble de ces faits, on peut envisager 2 conduites possibles :

- a) Ou bien n'intervenir que contraint et forcé ;
- b) Ou au contraire intervenir assez précocement pour que la trop longue souffrance du fœtus ne l'ait pas encore rendu exceptionnellement fragile.

En un mot :

Agir précocement ou s'abstenir.

Car dans tous ces cas, la grande préoccupation doit être de ne pas surajouter à la souffrance fœtale déjà existante et facile à vaincre ensuite (syndrome asphyxique pur de la mort apparente) un élément traumatique qui créera des lésions beaucoup plus graves, et déterminera la naissance d'un fœtus présentant un syndrome traumatique ou mixte qui nous empêchera bien souvent de le ranimer.

CONCLUSIONS

L'étude de nos 493 observations nous amène à proposer les conclusions suivantes :

1° La mort apparente du nouveau-né est plus fréquente et plus grave chez l'enfant expulsé ou extrait *par le siège* ;

2° C'est après la *grande extraction du siège* que cette fréquence et cette gravité atteignent leur maximum ;

3° Elle se rencontre surtout chez des enfants nés de *primipares*, et extraits artificiellement ;

4° Le pronostic vital immédiat est surtout grave chez les enfants *extraits après intervention*, et c'est la version par manœuvres internes qui donne le plus souvent des enfants non ranimés ;

5° Il est très difficile de faire la part exacte du rôle que jouent le *traumatisme* et la *souffrance fœtale pendant*

le travail dans la genèse de la mort apparente. Malgré tout, cette dernière semble mériter une place prépondérante, puisqu'elle paraît seule en cause dans les cas où l'accouchement s'est fait spontanément, et qu'elle a été l'indication de l'intervention dans la majorité des cas où on a dû terminer l'accouchement artificiellement ;

6° La rupture prématurée des membranes semble mériter une place importante dans l'étiologie soit parce qu'elle prédispose à la souffrance fœtale, soit parce qu'elle est à l'origine d'une lenteur anormale du travail.

7° Il faut faire une place dans la production du syndrome « mort apparente » (que l'accouchement soit spontané ou artificiel) à l'état de l'enfant. Les prématurés et les syphilitiques présentent une propension particulière aux hémorragies viscérales, et en particulier aux hémorragies des centres nerveux au cours de l'accouchement.

Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIERE PARTIE : Etude analytique d'ensemble.	16
PREMIER GROUPE : Enfants expulsés ou extraits tête première.....	18
<i>Chap. I</i> : Accouchements avec intervention (applications de forceps).....	21
<i>Chap. II</i> : Accouchements sans intervention.....	36
<i>Conclusions</i>	46
DEUXIÈME GROUPE : Enfants expulsés ou extraits tête dernière.....	49
<i>Chap. I</i> : Accouchements avec intervention.....	51
<i>Chap. II</i> : Accouchements sans intervention.....	57
<i>Conclusions</i>	61
TROISIÈME GROUPE : Gémellaires.....	63
QUATRIÈME GROUPE : Opérations césariennes.....	66
DEUXIÈME PARTIE : Etude complémentaire	69
1° Les mères.....	69
2° Les enfants.....	72
TROISIÈME PARTIE : Mortalité	74
1° Enfants non ranimés.....	77
2° Enfants ranimés et morts.....	85
QUATRIÈME PARTIE : Etude synthétique	91
CONCLUSIONS.....	95

1929. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.
